

Être adhérent

C'est **soutenir l'action** forte de l'association en faveur des patients atteints d'un DIP.
C'est donner plus de poids à l'association auprès des institutions et de nos différents partenaires.
C'est pérenniser les missions de l'association IRIS :

- **Accompagner** les patients et leur famille dans leurs parcours de vie
- **Inform**er sur les DIP, l'évolution de la connaissance et de leur prise en charge
- **Apporter l'expertise** patient dans toutes les décisions les concernant

Tenir vos informations à jour est essentiel !

Nous vous invitons à remplir le plus précisément possible l'ensemble des champs de ce bulletin d'adhésion afin de réactualiser vos informations médicales et de contact. Ces informations constituent des éléments factuels, agrégés, pour appuyer les actions de représentation des patients et de plaider de l'association auprès des institutions ou des pouvoirs publics. Ces informations nous permettent également de vous contacter et, si vous le souhaitez et vous l'acceptez, de vous envoyer nos publications, mailings et invitation aux événements d'IRIS.

Mon adhésion

Le montant de l'adhésion annuelle est de **25 €**, auquel peut s'ajouter un don complémentaire. **Votre adhésion et vos dons sont déductibles des impôts à hauteur de 66%, dans la limite de 20% de votre revenu imposable.**

- ☐ Adhésion 25€
☐ 75€ (adhésion + don de 50€)
☐ 150€ (adhésion + don de 125€)

- ☐ 50€ (adhésion + don de 25€)
☐ 100€ (adhésion + don de 75€)
☐ Autre montant :€

☐ Première adhésion

☐ Renouvellement

Date : / /

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Email :

Code postal :

Téléphone :

Je suis

- ☐ Un patient touché par le DIP
☐ Un parent ou représentant légal

- ☐ Un membre de la famille
☐ Un sympathisant

Je préfère ...

J'accepte que mes coordonnées soient éventuellement communiquées :

- ☐ À un représentant d'IRIS ☐ À d'autres familles ☐ Je n'accepte pas

Mon adhésion comprend l'abonnement au fil d'IRIS, que je souhaite recevoir :

- ☐ Par courrier en version papier ☐ Par mail en version digitale ☐ Je n'accepte pas

Comment avez-vous connu l'Association IRIS ?

- ☐ Par mon médecin
- ☐ Par internet / réseaux sociaux
- ☐ Par une connaissance
- ☐ Par mon prestataire de santé
- ☐ Lors d'une action IRIS (stand, journée patients...)
- ☐ Autre :

Mes informations

Nom et prénom de la personne touchée :

Date de naissance : Année du diagnostic :

Nom du Déficit Immunitaire :

Centre hospitalier de référence :

Nom du médecin référent :

Traitement suivi :

- ☐ Antibiotiques
- ☐ Antifongiques
- ☐ G-CSF
- ☐ Corticoïdes
- ☐ Immunoglobulines
- ☐ Autre :

Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ?

☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous d'une prestation sociale ?

☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous d'un taux d'invalidité reconnu ?

☐ OUI ☐ NON

Mon paiement

Je souhaite ajouter des adhérents supplémentaires à la même adresse :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Autres formes de soutien*

Je souhaite ajouter (indiquer le nombre) :

..... puzzle(s) IRIS (25€ frais de port inclus)

..... mascotte(s) IRIS en peluche (15€ frais de port inclus)

..... livre(s) de pâtisserie "Gourmandises de blogueurs" (15€ de frais de port inclus)

Retrouvez l'ensemble de nos articles (t-shirts, gourdes...) sur notre boutique en ligne !

* Ces articles sont en vente au seul profit de l'association IRIS, dans la limite des stocks disponibles. L'achat de ces articles n'est pas assimilable à un don et ne donne pas droit à une déduction d'impôts.

☐ Je souhaite mettre en place un prélèvement SEPA mensuel ou annuel en faveur d'IRIS

L'Association prendra contact avec vous pour valider la mise en place d'un prélèvement automatique. Ce mandat est révoquant à tout moment en contactant l'Association.

Ci-joint un chèque global pour :

- ☐ Une adhésion globale d'un montant de 25€
- ☐ Un don complémentaire d'un montant de :€ +€ d'adhésion(s) supplémentaire(s)
- ☐ L'achat d'objet(s) solidaire(s) pour un montant de :€

Montant total :€

Bulletin à retourner à : Association IRIS, 121 rue de Saintes, 16000 Angoulême

